



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Mai 2015 (725 14 318 / 128)

Unfallversicherung

Zeitpunkt des Status quo sine bei einer Diskushernie mit degenerativem Vorzustand

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Katja Wagner

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dieter Roth, Advokat, Zeughausplatz 34, Postfach 375, 4410 Liestal

gegen

Basler Versicherungen AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel

Betreff Leistungen

A. Die 1979 geborene A.____ arbeitete zuletzt als Reinigungskraft in einem Privathaus sowie im Kurhotel B.____. In dieser Eigenschaft war sie bei der Basler Versicherungen AG (Basler) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 20. September 2013 rutschte A.____ beim Putzen auf einer Treppe aus, glitt einige Stufen nach unten und fiel auf den Rücken bzw. das Gesäss. Im Bericht des Spitals C.____ vom 25. September 2013 wurden eine Sacrumkontusion (Steissbeinprellung) sowie eine Diskushernie als

vorbestehendes, unfallfremdes Leiden diagnostiziert. Die Basler gewährte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten). Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse stellte sie mit Verfügung vom 13. Februar 2014 die gesetzlichen Leistungen per 20. März 2014 ein. Zur Begründung führte sie an, dass die Rückenbeschwerden sechs Monate nach dem Unfall nicht mehr kausal auf das Ereignis vom 20. September 2013 zurückzuführen seien. Es sei der Status quo sine eingetreten. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Basler mit Einspracheentscheid vom 8. September 2014 ab.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Dieter Roth, am 9. Oktober 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 8. September 2014 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung mit Advokat Roth als unentgeltlichem Rechtsvertreter. Ferner ersuchte sie um eine angemessene Nachfrist zur einlässlichen Begründung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die Einstellung der Taggelder willkürlich sei und nicht ihrem nach wie vor bestehenden Leiden entspreche. So habe sie bereits am 15. Februar 2013 einen Unfall, namentlich einen Sturz aufs Gesäss, erlitten, wobei sie sich eine Becken- und LWS-Kontusion zuzog. Es wurde ihr eine Physiotherapie verschrieben, aber weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen, weshalb auch keine UVG-Unfallmeldung erstellt wurde. Da sie in der Folge weitere Beschwerden zu beklagen hatte, wurde ein MRI erstellt, welches eine Diskushernie L4/L5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 links ergab. Sofern das vorbestehende Leiden etwas mit dem heute noch bestehenden Beschwerdebild zu tun habe, gehe jenes auf den Unfall vom 15. Februar 2013 zurück, welcher ebenfalls von der Basler abzudecken sei. Überdies habe sich ihr Gesundheitszustand seit dem Unfallereignis vom 20. September 2013 erheblich verschlimmert.

C. Mit Schreiben vom 5. November 2014 gewährte das Kantonsgericht eine peremptorische Nachfrist zur einlässlichen Beschwerdebegründung bis zum 25. November 2014.

D. Am 25. November 2014 reichte die Beschwerdeführerin eine ergänzende Beschwerdebegründung ein, wobei sie im Wesentlichen an ihren Anträgen festhielt. Ergänzend liess sie vorbringen, dass aufgrund der Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes nicht klar sei, welche Diagnosen letztlich zu stellen seien, womit auch keine klare Aussage bezüglich der Unfallkausalität möglich sei. Aufgrund der komplexen medizinischen Diagnostik sei ein unabhängiges fachmedizinisches Gutachten zu erstellen, welches sich darüber ausspreche, ob die aktuellen Beschwerden auf das Unfallereignis vom 20. September 2013 oder allenfalls auf das Ereignis vom 15. Februar 2013 zurückzuführen seien.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 15. Dezember 2014 beantragte die Basler, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Muench, die Abweisung der Beschwerde. Es wurde im Wesentlichen festgehalten, dass es sich, entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, beim Ereignis vom 20. September 2013 nicht um einen Rückfall bezüglich des Sturzes vom 15. Februar 2013, sondern um einen eigenständigen Unfall handle. Überdies sei es der Beschwerde-

führerin nicht gelungen das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 15. Februar 2013 und dem neuen Beschwerdebild nachzuweisen, weshalb sie für diesen auch nicht aufzukommen habe. Bezüglich des Ereignisses vom 20. September 2013 hielt sie weiterhin an ihrem Standpunkt fest, dass der Status quo sine eingetreten sei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in D.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 9. Oktober 2014 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 20. März 2014 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeu-

tung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

3.4 Zusätzlich zu diesen allgemeinen Grundsätzen, die im Zusammenhang mit der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin zu beachten sind, gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Diskushernien der medizinischen Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei post-traumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss; eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2012, 8C_681/2011, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

4.1 Zunächst gilt es die Frage zu klären, welches Unfallereignis vorliegend zu prüfen ist. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin macht die Beschwerdeführerin bezüglich des Ereignisses vom 20. September 2013 nicht einen Rückfall, sondern vielmehr geltend, dass beide Unfälle in gesundheitlicher Hinsicht zu berücksichtigen seien. Aus der medizinischen Aktenlage geht unbestrittenermassen hervor, dass im damaligen Zeitpunkt, am 15. Februar 2013, ein Unfallereignis stattgefunden hat. Wie die Beschwerdeführerin aber selbst eingesteht, erfolgte diesbezüglich nie eine Unfallmeldung, da sie trotz verschriebener Physiotherapie mit mobilisierender und stabilisierender Rückengymnastik stets voll arbeitsfähig war (vgl. hierzu Beschwerdebeilage Nr. 2). Alsdann ist ohnehin zu berücksichtigen, dass die Basler mangels erfolgter Unfallmeldung der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung vom 13. Februar 2014 zufolge ihre Leistungspflicht ab 20. März 2014 nur in Bezug auf das Unfallereignis vom 20. September 2013 abgelehnt hat. Es ist der Beschwerdeführerin unbenommen, auch im heutigen Zeitpunkt noch Gesundheitsbeeinträchtigungen geltend zu machen, die einen Bezug zum damaligen Unfallereignis aufweisen. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang aber zutreffend ausführt, obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild, vorliegend der Diskushernie, und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Diesen Nachweis hat die Beschwerdeführerin aber nicht erbracht.

4.2 Im Sinne eines Zwischenergebnisses kann demnach festgehalten werden, dass Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens einzig die Frage nach allfälligen Folgen des Ereignisses vom 20. September 2013 ist. Diesbezüglich ist im Folgenden zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den über den 20. März 2014 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden zu Recht verneinte.

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

6.1 Zur Beurteilung der strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Bedeutung:

6.2 Mit Bericht vom 13. September 2013 stellte Dr. med. E.____, FMH Radiologie, Spital C.____, anlässlich einer MRI-Untersuchung eine ganz kleine, posterolateral gelegene Diskushernie L4/L5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 links fest.

6.3 Im Bericht vom 25. September 2013 stellte das Spital C.____, wo die Versicherte nach dem Unfallereignis vom 20. September 2013 stationär behandelt worden war, die Diagnose einer Sakrumkontusion sowie einer Diskushernie L4/L5 mit möglicher Nervenwurzelläsion L5 links. Es habe eine mögliche Sensibilitätseinschränkung im Bereich des Dermatoms bestanden. Die übrige neurologische Untersuchung sowie der allgemein internistische Status seien altersentsprechend unauffällig ausgefallen. Im konventionellen Röntgenbild der Lendenwirbelsäule hätten keine Anhaltspunkte für eine frische posttraumatische ossäre Läsion erkannt werden können. Bei vorbestehender Diskushernie L4/L5 sei ein MRI der Lendenwirbelsäule veranlasst worden, welches im Vergleich zur Aufnahme vor dem Unfall vom 13. September 2013 einen unveränderten Befund gezeigt habe. Aktuell bestehe keine Operationsindikation. Durch eine Erhöhung der analgetischen Therapie und Verordnung von Physiotherapie sei es rasch zu einer Regredienz der Beschwerden gekommen, sodass die Patientin am 24. September 2013 in deutlich gebesserterem Allgemeinzustand nach Hause hätte entlassen werden können. Es sei ein Ausschleichen der Analgesie nach Massgabe der Schmerzen sowie eine ambulante Physiotherapie zu empfehlen, wobei der Versicherten vorerst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis und mit 27. September 2013 attestiert werde.

6.4 Am 13. November 2013 diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Spital C.____, einen Status nach Sacrumkontusion nach Sturz am 19. September 2013 (recte: 20. September 2013) bei persistierenden Schmerzen gluteal und sakral sowie eine durch das Sturzereignis symptomatische Diskushernie L4/L5 linksseitig posterolateral, rezessal mit möglicher Wurzelreizung L5 linksseitig ohne sensomotorisches Defizit. Aktuell zeige sich ein deutlich positions- und belastungsabhängiger Beinschmerz linksseitig, möglicherweise im Sinne einer radikulären Reizsymptomatik der Wurzel L5 bei kleiner posterolateral gelegener Diskushernie L4/L5, die wohl durch das Sturzereignis symptomatisch geworden sei. Da die Physiotherapie aufgrund der starken Schmerzsymptomatik abgebrochen worden sei, sei sie im Kantonsspital selbst weiterzuführen. Trete bis zur Verlaufskontrolle im Dezember 2013 keine Besserung der Schmerzen ein, sei eine interventionelle Schmerztherapie in Erwägung zu ziehen.

6.5 Anlässlich der Nachkontrolle hielt Dr. F.____ mit Bericht vom 17. Dezember 2013 fest, dass die Patientin die Physiotherapie zwischenzeitlich fortgesetzt, die Schmerzsymptomatik sich aber nicht wesentlich verändert habe. Es sei eine gemeinsame Wirbelsäulensprechstunde mit dem Spital G.____ geplant, im Rahmen derer eine Indikation einer Test-Infiltration bzw. eine Epiduralinfiltration zu diskutieren sei. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% als Angestellte im Reinigungsdienst.

6.6 Am 28. Januar 2014 führte Dr. F.____ aus, dass die Durchführung einer Epiduralinfiltration L4/L5 angezeigt sei. Danach sei erneut eine klinische Nachkontrolle durchzuführen.

6.7 Gemäss der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 29. Januar 2014 sei aktenkundig, dass es sich bei der Diskushernie L4/L5 um ein vorbestehendes, unfallfremdes Leiden handle. Der Unfall habe zwar zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, die aber nicht richtunggebend sei. Bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen sei demnach davon auszugehen, dass der status quo sine sechs Monate ab Ereignisdatum, mithin am 19. März 2014, erreicht sei.

7.1 Durch die in den medizinischen Akten mit Bericht vom 13. September 2013 dokumentierte MRI-Untersuchung ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls am 20. September 2013 bereits degenerative Veränderungen der Wirbelsäule aufgewiesen hat. So bestand schon zuvor eine posterolateral gelegene Diskushernie L4/L5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5, wie sie auch dem Bericht des Spitals C.____ vom 25. September 2013 im Anschluss an das Unfallereignis zu entnehmen ist. Nichts anderes geht aus den weiteren Berichten des Spitals C.____ hervor (vgl. z.B. Bericht des Spitals C.____ vom 13. November 2013 und vom 17. Dezember 2013). Dass es sich bei der Diskushernie hinsichtlich des Ereignisses vom 20. September 2013 um ein vorbestehendes Leiden handelt, wird von der Beschwerdeführerin zu Recht auch nicht bestritten. Indessen macht sie vielmehr sinngemäss geltend, die ihrer Auffassung nach auf das erste Unfallereignis vom 15. Februar 2013 zurückzuführende Diskushernie habe durch das versicherte Ereignis vom 20. September 2013 eine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Sie führt diesbezüglich insbesondere aus, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem Unfallereignis erheblich verschlimmert habe. Sie sei deswegen mehrfach im Spital C.____ in ärztlicher Behandlung gewesen. Die entsprechenden medizinischen Berichte würden noch nachgereicht. Insofern sei auch nicht klar, welche Diagnosen letztlich zu stellen seien, womit auch keine Aussage bezüglich der Unfallkausalität gemacht werden könne.

7.2 Aus der medizinischen Aktenlage geht deutlich hervor, dass sich die Beschwerdeführerin durch das Unfallereignis vom 20. September 2013 keine strukturell nachweisbaren Verletzungen zugezogen hat. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Bericht des Spitals C.____ vom 25. September 2013, wonach im Röntgenbild der Lendenwirbelsäule keine frischen posttraumatischen ossären Läsionen erkannt und im Vergleich zur vor dem Unfall erstellten MRI-Bildgebung ein unveränderter Befund festgestellt wurde. Als Diagnose, welche auf das Unfallereignis vom 20. September 2013 zurückzuführen ist, wird, wie auch gemäss Unfallmeldung UVG vom 24. September 2013, ausschliesslich eine Sacrumkontusion erhoben. Diese war aber, wie sich dem Bericht von Dr. F.____ vom 13. November 2013 entnehmen lässt, bereits zwei Monate nach dem Unfallereignis abgeklungen. Gestützt auf die genannten Berichte sowie die kreisärztliche Beurteilung vom 29. Januar 2014 von Dr. G.____ ist demnach davon auszugehen, dass eine unfallbedingte, zusätzliche strukturelle Schädigung der LWS vorliegend ausgeschlossen werden kann. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zutreffend ausführt, lässt sich dem Bericht des Kantonsspitals Baselland vom 10. Februar 2014 entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin weiterhin beklagten Schmerzen ausschliesslich auf die vorbestehende Diskushernie, namentlich die Reizsymptomatik der Wurzel L5, zurückzuführen sind (vgl. Bericht des Spitals C.____ vom 10. Februar 2014, SUVA-Akte Nr. 16). Wie eingangs ausgeführt, kann nach der vom Bundesgericht anerkannten medizinischen Erfahrungstatsache bei einer durch das Unfallereignis bloss vorübergehenden Aktivierung einer vorbestehenden Diskushernie – bei

Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule – das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden. Eine traumatische Verschlimmerung ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten. Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss ausserdem röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (vgl. E. 3.4 hiavor). Eine solche sich von der altersüblichen Progression abhebende richtunggebende Verschlimmerung ist vorliegend aber nicht ausgewiesen. Die Würdigung der medizinischen Unterlagen lässt bei degenerativem Vorzustand und Fehlen von unfallbedingten strukturellen Läsionen vielmehr den Schluss zu, dass die Diskushernie im Sinne dieser medizinischen Erfahrungstatsache durch den Unfall vom 20. September 2013 bloss aktiviert, nicht aber verursacht worden ist. Dies wird in der kreisärztlichen Beurteilung vom 29. Januar 2014 in Übereinstimmung mit den vorhanden medizinischen Berichten schlüssig und nachvollziehbar dargelegt. Damit besteht vorliegend kein Anlass, von dieser medizinischen Erfahrungstatsache abzuweichen.

7.3 Auch besteht vorliegend kein Anlass, in grundsätzlicher Hinsicht an der Richtigkeit der Feststellungen des Kreisarztes Dr. H.____ sowie der übrigen involvierten Fachärzte zu zweifeln. Rechtsprechungsgemäss können Berichte versicherungsinterner Ärzte soweit berücksichtigt werden, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Wie bereits dargelegt, ist die in den weitgehend übereinstimmenden medizinischen Berichten vorgenommene Schlussfolgerung einer traumatisch ausgelösten Diskushernie im Rahmen eines degenerativen Vorzustandes einleuchtend und überzeugend. Dies gilt umso mehr, als dass die Beschwerdeführerin nichts vorbringt, was diese Schlussfolgerungen vorliegend in Zweifel zu ziehen vermag. Die in der Beschwerdebegründung angekündigten Berichte, die namentlich die postulierte Verschlimmerung des Gesundheitszustandes belegen sollen, wurden nicht nachgereicht. Auch sonst sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche die kreis- und fachärztlichen Beurteilungen in Frage stellen würden. Die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten medizinischen Berichte beziehen sich auf das Unfallereignis vom 15. Februar 2013. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 4.1 hiavor), ist dieses Unfallereignis aus den eingangs genannten Gründen aber nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Selbst wenn das Ereignis vom 15. Februar 2013 materiell zu beurteilen wäre, käme die dargelegte Rechtsprechung überwiegend wahrscheinlich auch hinsichtlich desselben zum Tragen, zumal im Bericht der Notfallstation des Spitals C.____ vom 16. Februar 2013 lediglich eine Becken- und LWS-Kontusion diagnostiziert wurden und das Vorliegen von ossären Läsionen sowohl in diesem Bericht unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis als auch im dokumentierten rheumatologischen Konsilium vom 18. März 2013 ausdrücklich verneint wird. Was die anlässlich der MRI-Untersuchung vom 13. September 2013 erhobene Diskushernie anbelangt, ist mit der Beschwerdegegnerin sodann darauf hinzuweisen, dass eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden kann, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere sowie geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. E. 3.4 hiavor). Neben den fehlenden strukturellen Verletzungen und der unmittelbar eintretenden Arbeitsunfähigkeit kann der

Unfall vom 15. Februar 2013 – die Patientin rutschte auf nassem Boden aus und fiel auf das Gesäss bzw. den Rücken – nicht als besonders schweres Ereignis qualifiziert werden.

7.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage zur Beurteilung der vorliegenden Streitfrage ausreichend ist. Auf die von der Beschwerdeführerin beantragten zusätzlichen medizinischen Abklärungen kann verzichtet werden. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Eine solche antizipierte Beweismwürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Basler gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. H.____ vom 29. Januar 2014 einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 20. September 2013 und den über den 20. März 2014 hinaus bestehenden gesundheitlichen Beschwerden verneinte. Den im Einklang mit den medizinischen Unterlagen gemachten überzeugenden kreisärztlichen Ausführungen ist zu entnehmen, dass der Stauts quo sine sechs Monate nach dem Unfallereignis eingetreten ist. Damit hat die Basler ihre Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt zu Recht abgelehnt. Die gegen den Einspracheentscheid vom 8. September 2014 erhobene Beschwerde ist demnach abzuweisen.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Es bleibt über den Antrag der Beschwerdeführerin zu befinden, es sei ihr die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. Nach Art. 61 lit. f ATSG in Verbindung mit § 22 Abs. 2 VPO wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wenn ihr die nötigen Mittel fehlen, ihr Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos und die anwaltliche Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte als notwendig oder doch geboten erscheint (vgl. Urteil des EVG vom 7. April 2004, U 333/03, E. 3.2 und 4). In den Akten befindet sich eine Leistungsübersicht der Sozialhilfebehörde D.____, mit Wirkung ab 1. Februar 2014, welche belegt, dass die Beschwerdeführerin durch die Sozialhilfe unterstützt wird. Deren Bedürftigkeit ist damit für das vorliegende Verfahren ohne Weiteres nachgewiesen. Die vorliegende Beschwerde kann zudem nicht als offensichtlich aussichtslos bezeichnet werden. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung sind demnach gegeben, weshalb das betreffende Gesuch zu bewilligen ist.

8.3 Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung) beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 16. Februar 2015 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 7 Stunden und 35 Minuten geltend gemacht. Dieser Aufwand ist nun allerdings nicht ausgewiesen. So wird für die ergänzende Beschwerdebegründung vom 25. November 2014 ein Zeitaufwand von 150 Minuten geltend gemacht, obwohl deren Inhalt grösstenteils aus

Wiederholungen von bereits in der Beschwerdebegründung vom 9. Oktober 2014 gemachten Ausführungen besteht. Einzig in Ziffer 9 derselben sind inhaltliche Ergänzungen angebracht worden. Dementsprechend ist der für die ergänzende Beschwerdebegründung vom 25. November 2014 geltend gemachte Aufwand um 120 Minuten zu kürzen und die zu entgeltenden Bemühungen insgesamt auf 5 Stunden und 35 Minuten festzusetzen. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 127.20. Dem Rechtsvertreter ist somit ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'343.30 (5.6 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 127.20 + 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.4 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.